

Die Kombination von Kompressionstherapie und Ablation insuffizienter oberflächlicher und perforierender Venen reduziert Ulkusrezidive bei Patienten mit C₅ nach CEAP

M. Harlander-Locke, P. F. Lawrence, J. C. Jimenez, D. A. Rigberg, B. G. DeRubertis, H. A. Gelabert
 Division of Vascular Surgery and Gonda (Goldschmied) Vascular Center, David Geffen School of Medicine at UCLA, Los Angeles, CA, USA

▲ Ziel der Studie

Patienten mit verheilten venösen Ulzera erleiden oft ein Ulkusrezidiv trotz langdauernder Kompressionstherapie. Diese Studie untersuchte, welche Wirkung der Verschluss aller insuffizienten oberflächlichen und perforierenden Venen auf die Ulkusrezidivrate bei C₅-Patienten (CEAP-Klassifikation) mit progressiver Lipodermatosklerose und drohender Ulzeration hat.

Referat zu: **Combined treatment with compression therapy and ablation of incompetent superficial and perforating veins reduces ulcer recurrence in patients with CEAP 5 venous disease.**
 J Vasc Surg 2012;55(2):446-450.

durchgeführt. Das durchschnittliche Patientenalter betrug 73 Jahre (45-93 Jahre) und der mittlere BMI 29,5 kg/m² (18,9-58,4 kg/m²). 40% der Studienteilnehmer wiesen eine tiefe Venenthrombose in der Anamnese auf und erhielten frühestens 17 Monate danach die Ablation. 95% der Patienten trugen vor der Ablation Kompressionsstrümpfe

(20-30 mmHg = 9; 30-40 mmHg = 10; keine = 1) für durchschnittlich 23,3 Monate (3-52 Monate), nachdem das Ulkus geheilt war.

Methode

Bei C₅-Patienten mit insuffizienten oberflächlichen und/oder perforierenden Venen und zunehmender Lipodermatosklerose und/oder progressivem malleolaren Schmerz wurde eine endovenöse Ablation durchgeführt. Vor der endovenösen Therapie erhielten die Patienten für mindestens drei Monate eine Kompressionstherapie. Die venöse Ablation fand in einer systematischen Art und Weise statt, bei der mit den insuffizienten oberflächlichen Venen begonnen und dann bei den Perforansvenen weitertherapiert wurde (Abb. 1).

Demographische Daten, Risikofaktoren, CEAP-Klassifikationen, Details des Verfahrens, postoperative Compliance und der Ergebniszustand wurden aufgenommen. Die Patienten erhielten vor der Ablation einen Duplexultraschall, um eine tiefe, oberflächliche und Perforansvenen-Insuffizienz zu diagnostizieren. Postoperativ wurde das Ablationsergebnis ebenfalls mittels Duplexultraschall abgesichert und kontrolliert, ob kein Thrombus nach der superfiziellen venösen Ablation ins tiefe Venensystem hineinragt.

Die Indikationen für die venöse Ablation waren zunehmender Malleolarschmerz (55%) und/oder progressive Lipodermatosklerose oder Hyperpigmentierung (70%). Die Erfolgsraten bei der Ablation betragen 100% bei den oberflächlichen Venen (Vena saphena magna, Vena

Ergebnisse

28 endovenöse Ablationen (oberflächliche Venen = 19, Perforansvenen = 9) wurden bei 20 Patienten (21 Beine)

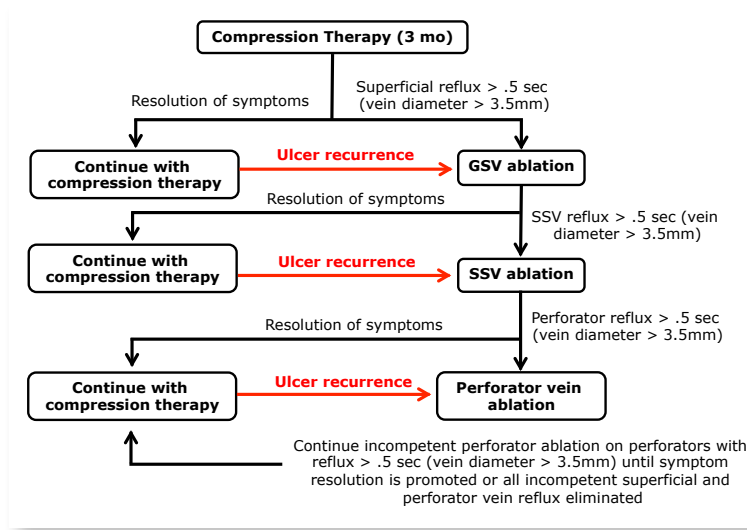


Abb. 1: Behandlungsalgorithmus.

saphena parva) und 89% bei den Perforansvenen, inklusive Vena tibialis posterior- und 24-cm-Perforansvenen. Die gesamte Erfolgsrate betrug 96,4%, wie beim Follow-up durch Duplexsonographie festgestellt wurde. Bei allen Patienten wurde mindestens eine insuffiziente Vene geschlossen. Postoperativ betrug die Compliance beim Tragen von Kompressionsstrümpfen 95% (20-30 mmHg = 8, 30-40 mmHg = 11, keine = 1). Die Haupt-Follow-up-Visite fand nach 25 Monaten statt. Die Ulkusrezidivraten, gemessen ab dem Zeitpunkt der Ablation, waren 0% nach sechs Monaten, 4,8% nach zwölf Monaten und 4,8% nach 18 Monaten.

Die Life-table-Rezidivraten bezifferten sich auf 4,8% nach zwei, drei und vier Jahren. Das einzige Ulkus, das nach acht Monaten postoperativ wieder entstand, heilte fünf Monate später ab, nachdem eine neue insuffiziente Vene identifiziert und endovenös verschlossen wurde. Alle Ulzera der Patienten aus unserer Studie sind zurzeit abgeheilt. Diese Daten wurden mit älteren Studien verglichen, die eine Ulkusrezidivrate von 67% nach zwölf Monaten mit Kompressionstherapie alleine aufwiesen.

Schlussfolgerung

C₅-Patienten mit abgeheilten venösen Ulzera, die eine endovenöse Ablation insuffizienter oberflächlicher und perforierender Venen sowie Kompressionstherapie erhielten, zeigen geringere Ulkusrezidivraten im Vergleich zu Patienten in früheren Studien, die nur mit Kompressionstherapie behandelt wurden. Insuffiziente oberflächliche Venen sollten zuerst ablatiert werden, gefolgt von insuffizienten Perforansvenen. Eine Ablation zusätzlicher insuffizienter Venen sollte bei jedem Ulkusrezidiv erwogen werden.

Korrespondenzadresse

Peter F. Lawrence, MD
UCLA Gonda (Goldschmeid) Vascular Center
200 UCLA Medical Plaza, Suite 526
Los Angeles, CA 90095-6908
USA
E-Mail: PFLawrence@mednet.ucla.edu



Medizinische Thromboseprophylaxestrümpfe

Integration in ein Gesamtkonzept

Wann ist der Einsatz von Medizinischen Thromboseprophylaxestrümpfen (MPTS) sinnvoll und für welche Patienten? Dieser Frage stellte sich eine Expertenrunde auf einer Veranstaltung des BVMed im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU). Die aktuelle S3-Leitlinie zur Prophylaxe der venösen Thromboembolie (VTE) gibt zwar vor, wann MPTS eingesetzt werden sollen, in vielen Fällen ist es jedoch den Ärzten freigestellt. Wichtig für das Verständnis der Leitlinie ist, dass zwischen geringem, mittlerem und hohem Thromboserisiko unterschieden wird. Für die verschiedenen Risiken gelten unterschiedliche Empfehlungen. Die Leitlinie empfiehlt etwa, dass bei Patienten mit niedrigem VTE-Risiko regelmäßig die in der Leitlinie aufgeführten Basismaßnahmen angewendet werden sollen. Sie können durch MPTS ergänzt werden.

Dieser Passus in der Leitlinie habe für große Unruhe gesorgt, so Prof. Norbert Senninger (Münster), da sie zumeist nur in eine Richtung interpretiert werde: „Die Leitlinie hat die Strümpfe abgeschafft.“ Dies sei aber nicht der Fall – man müsse die Leitlinie detailliert betrachten und nach Risikogruppen differenzieren.

Dazu konstatierte er: „Patienten, die immobil sind, müssen MPTS erhalten. Das gilt auch für laparoskopische Eingriffe im Bauch- und Beckenbereich.“ Laut Senninger sind die Kriterien für eine Thromboseprophylaxe durch die Leitlinie für alle Fachgesellschaften ähnlich. Viszerale, gefäßchirurgische und gynäkologische Eingriffe im Bauch- und Beckenbereich werden als vergleichbar angesehen. „Entscheidend ist der Schweregrad“, erklärte Senninger.

Wichtig in diesem Zusammenhang sei die Schulung des Klinik-Personals und der Patienten über die korrekte Anpassung der Strümpfe sowie die Qualitätssicherung einmal verwendeter Strümpfe. Nur gut angepasste und gut sitzende Strümpfe haben die gewünschte prophylaktische Wirkung. Fazit der Veranstaltung: Medikamentöse und physikalische Thromboseprophylaxe bilden ein Gesamtkonzept. Trotz differierender Ansichten im Detail waren die Experten einer Meinung, dass auf den Einsatz von MPTS nicht verzichtet werden kann. Man solle sich nicht nur auf die medikamentöse Prophylaxe verlassen, sondern auch das physikalische Prinzip nutzen. Wichtig ist vor allem das richtige Anpassen und Anziehen des Strumpfes. Quelle: BVMed